

## Dossier médical de demande d'admission en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)

A adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin coordinateur de l'ACT

Nom du médecin demandeur : ..... Date : .....  
Téléphone : .....

### Identité du candidat à l'ACT :

➤ Nom : ➤ Prénom :	➤ Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> ➤ Date de naissance : ➤ Age :
-----------------------	---

Réservé au service ACT
N° de dossier :
Avis motivé :

### Environnement médical :

➤ Hôpital référent : ➤ Service : ➤ Médecin référent : ➤ Médecin de ville :
---

## DONNEES MEDICALES

### Pathologie(s) motivant la demande :

VIH  Hépatites  Cancer  Autres

### Si pathologie VIH :

➤ Date de découverte de la séropositivité VIH : .....	Stade CDC : .....
➤ Maladies opportunistes :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
➤ Bilan immunovirologique :	
- date du dernier bilan : ..... - taux de CD4 : ..... - charge virale : .....	
➤ Traitement :	

### Si pathologies HEPATITES :

- Hépatite B <input type="checkbox"/>	DNA viral <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
- Hépatite C <input type="checkbox"/>	PCR <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
- PBH et autres explorations (fibrotest, fibroscan), résultats : .....	
- Traitement ? .....	

### Si CANCER :

- Date de début : .....
- Localisation : .....
- Evolutivité : .....
- Paraclinique : .....
- Traitement : .....
.....
.....

**Si autres, à préciser :** .....

<b>Date de début (découverte) de la maladie :</b> .....	
Evolutive <input type="checkbox"/> : .....	Stabilisée <input type="checkbox"/> : .....
<b>Principaux éléments de la maladie (anamnèse, clinique, résultats biologiques et/ou radiographiques)</b>	
.....	
.....	
.....	

**Pathologies associées :**

➤ Troubles psychiques et/ou pathologie psychiatrique	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, - traitement médical prescrit	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- préciser la nature du traitement : .....		
.....		
- suivi psychothérapique	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
➤ Conduites addictives	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, préciser lesquelles : .....		
.....		
Type de substitution : .....	Depuis quand ? .....	
Suivi en centre spécialisé <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	/ en médecine de ville : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
➤ Autres	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, préciser lesquelles : .....		
.....		
.....		

**Autonomie :**

➤ Indice de Karnofsky : .....			
➤ Déficience retentissant sur l'autonomie			
- déficit moteur	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> modéré	<input type="checkbox"/> important
- déficit des fonctions supérieures	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> modéré	<input type="checkbox"/> important
- fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> temporaire	<input type="checkbox"/> permanent
- déambulateur / cannes	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> temporaire	<input type="checkbox"/> permanent
➤ Nécessité d'une aide à la vie quotidienne, de la présence d'un tiers,			
- à la toilette	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ponctuelle	<input type="checkbox"/> permanente
- à la prise du traitement	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ponctuelle	<input type="checkbox"/> permanente
- à la prise des repas	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ponctuelle	<input type="checkbox"/> permanente
- autre	Si oui, préciser : .....		
.....			

**Nécessité de la prise en charge spécifique**

Non                       Soins à domicile                       Hospitalisation à domicile

Commentaires : (grossesse, observance du traitement, état général ...)

.....

.....

.....

Date, signature et cachet du médecin

**Joindre si possible le rapport médical**

